

Lelki egészségfejlesztő programok előkészítése városi szinten – a hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés elemzésének tanulságai

LIPPAI LÁSZLÓ LAJOS* – ERDEI KATALIN

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészség-
tudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged

(Beérkezett: 2014. május 7.; elfogadva: 2014. október 20.)

Elméleti háttér: A közösségi szintű lelki egészségfejlesztés fontossága folyamatosan nő, ezért egyre lényegesebb a lelki egészségre vonatkozó információk áttekinthető kommunikálása. *Cél:* Kutatócsoportunk – a hódmezővásárhelyi önkormányzat felkérésére – arra vállalkozott, hogy empirikus vizsgálattal tárja fel a lelki egészségfejlesztési prioritások megállapításához szükséges adatokat. *Módszerek:* A hódmezővásárhelyi lakosság körében végzett (N = 1839 fő) vizsgálat során sor került a pszichológiai életminőség felmérésére, valamint a Mentális Állapotfeltáró Kérdőív felhasználásával a mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett csoportok azonosítására. *Eredmények:* A hódmezővásárhelyiek körében a WHO Jól-lét Kérdőív ($6,84 \pm 3,12$), a Beck Depresszió Kérdőív ($10,30 \pm 11,00$), az Általános Énhatékony-ság Skála (BSCI-LM; $8,36 \pm 2,71$) pontszámai szignifikánsan ($p < 0,001$) kedvezőtlenebbek a Hungarostudy 2013 országos adatainál. A mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett csoportok mentén végzett ANOVA-próba a WHO Jól-lét Kérdőív, Általános Énhatékony-ság Skála és a BSCI-LM esetében monoton csökkenő; a Beck Depresszió Kérdőív és az általános unalom vonatkozásában pedig monoton növekvő, szignifikánsan eltérő ($p < 0,001$) átlagokat mutat. A megkérdezettek 38,7%-a tekinthető mentálisan egészségesnek, 35,3%-a sérülékenynek, 16,3%-a pedig veszélyeztetettnek (nem besorolható: 9,7%). Drámai helyzetben van a 45–64 éves korú, általános iskolai végzettségű férfiak csoportja (4,5% mentálisan egészséges, 45,5% sérülékeny, 50% veszélyeztetett). De a 18–44 éves korosztályba tartozó, általános iskolai végzettséggel rendelkező nők (20,3% mentálisan egészséges, 42,4% sérülékeny, 37,3% veszélyeztetett), és – meglepő módon – a 45–64 éves korosztályba tartozó diplomás nők (25% mentálisan egészséges, 51,3% sérülékeny, 23,8% veszélyeztetett) is kiemelt intervenció-s célcsoportként kezelendők. *Következtetések:* A Szegedi Egészségfejlesztő Műhely kutatócsoportjának eredményei alapján a Mentális Állapotfeltáró Kérdőív alkalmas lehet egy célcsoport lelki egészségének tájékoztató jellegű, közösségi szintű jellemzésére.

Kulcsszavak: lelki egészségfejlesztés, Mentális Állapotfeltáró Kérdőív, pszichológiai életminőség

* Levelező szerző: Lippai László Lajos, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, 6725 Szeged, Boldogasszony sgt. 6. E-mail: lippail@jgypk.u-szeged.hu

1. Bevezetés

1.1. Növekvő társadalmi igény a lelki egészség közösségi szintű fejlesztésére

A lelki egészség és a szubjektív jóllét megőrzése, fejlesztése az Európai Unió egészségpolitikájának kiemelt fontosságú területe (Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma, 2008). Ennek háttérében az a felismerés áll, hogy a lelki egészség nemcsak individuális érték, hanem olyan egyéni és közösségi erőforrás is, mely fontos összetevője az EU társadalmi és gazdasági sikerének. Ezzel összhangban, a lelki egészség alacsony szintje sem csupán egyéni problémák forrása, hanem olyan emberi jogi, társadalmi, gazdasági és népegészségtani kérdéseket vet fel, amelyekkel uniós és tagországi szinten egyaránt szükséges foglalkozni (Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma, 2008).

A lelki egészség fejlesztését célzó uniós törekvést egyáltalán nem egyszerű a gyakorlatban megvalósítani. Ezért az ilyen jellegű kezdeményezések gyakran más, globális egészségpolitikai kezdeményezésekbe ágyazottan jelennek meg. Például, az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Egészséges Városok programja 1988 óta sikerrel bizonyítja Magyarországon is, hogy városi szinten is van lehetőség a lakosság egészségének fejlesztésére (EVMSZ, 2011). Magyarország már a kezdeményezés indulásakor csatlakozott ehhez a WHO-kezdeményezéshez, melynek keretében önkormányzati kompetenciakörben valósítanak meg egészségfejlesztési kezdeményezéseket. Az Egészséges Városok programja révén erősödik a helyi (szakma) politikai döntéshozók egészségtudatossága, ugyanakkor lehetőség nyílik a lakosság életminőségét befolyásoló önkormányzati döntések előkészítésére és megvalósítására is (EVMSZ, 2011).

Annak ellenére, hogy a pszichés egészség még nem szerepelt az Egészséges Városok programjának prioritásai közt, a gyakorlat szintjén a lelki egészség fejlesztése is integrálható a futó programokba. Magyarországon ez jellemzően városi szintű drog-, dohányzás- és alkoholprevenciók tevékenység formájában történik meg (vö. EVMSZ, 2011). Hódmezővásárhely hivatalosan 2009-ben csatlakozott az Egészséges Városok Magyarországi Szövetségéhez, és az Egészséges Vásárhely Program (EVP) keretében törekszik az átfogó – prevenciók és egészségfejlesztési – célkitűzések megvalósítására. Az EVP a város lakosságát életkori bontásban, az előzetes vizsgálatok (HODEF, 2008) eredményei alapján meghatározott életmód- és egészségmagatartási elemekre fókuszálva célozza meg. A Hódmezővásárhelyi Lakossági Egészségfelmérés (HODEF, 2008) és az EVP program-pontjainak előkészítésére végzett állapotfeltáró vizsgálat módszertana a népegészségtan kutatási paradigmájára épült.

Hódmezővásárhely önkormányzatának döntéshozói és az Egészséges Vásárhely Program szakemberei – a Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktumával összhangban – azonban a lakosság lelki egészségének felmérésére és javítására kiemeltebb hangsúlyt kívánnak helyezni: a mentálhigiéné preventív megközelítése mellett a lelki egészségfejlesztés pozitív koncepcióján alapuló módszereket (WHO, 2004) is be kívánnak építeni programjukba. Ehhez szükségessé vált a hódmezővásárhelyi lakosság lelki egészségének átfogóbb felmérése is. A HODEF 2008-as vizsgálata biztosított ugyan a lakosság mentális egészségére vonatkozó információkat, ezek azonban főként pszichiátriai szempontú mérőeszközökből származtak [pl. Lelki Egészség Kérdőív (GHQ-12); Balajti, Vokó, Ádány, & Kósa, 2007], és önmagukban nem nyújtottak elégséges információt a (szakma-)politikai döntésekhez.

A Szegedi Egészségfejlesztő Műhely (Benkő & Erdei, 2005; Tarkó & Lipai, 2013) a hódmezővásárhelyi önkormányzat felkérésére arra vállalkozott, hogy empirikus vizsgálat keretében tárja fel a lelki egészségfejlesztés hódmezővásárhelyi prioritásainak kialakításához szükséges adatokat. Az egészségfejlesztés, az egészségtudományok paradigmaváltásával összhangban (Benkő, 2005; Tarkó, 2013), az egészség fogalmát multidiszciplináris elméleti és módszertani alapon közelíti meg. A mai egészségértelmezések többségével egybehangzóan, az egészséget olyan folyamatnak tekintjük, melyben éppúgy leképeződik az egyén objektív és szubjektív hogylétének állapota, mint az, hogy a személy fejlődésének fizikális, pszichés, szellemi, spirituális és közösségi aspektusa mennyire van összhangban saját lehetőségeivel, céljaival és külső életkörülményeivel (Badura, 1992; Benkő, 2005; Hurrelmann & Laaser, 1998). Erre az egészségfogalomra építve nyer értelmet az egészségfejlesztés tág meghatározása is, miszerint az egészségfejlesztés az összes nem-terápiás egészségjavító tartalom és módszer gyűjtőfogalma (Benkő, 2005).

Nézőpontunk szerint a lelki egészségfejlesztés olyan *speciális* egészségfejlesztő beavatkozás, melynek célja a pszichés, szellemi, spirituális és/vagy közösségi aspektus kongruenciájának javítása, mely az egészségfejlesztés eszköztárának teljes spektrumának felhasználásával – az életmód bármely elemének egyéni/szervezeti/közösségi szintű befolyásolásával – történik. A lelki egészségfejlesztés magába foglalja a pszichés zavarok rizikótényező-központú prevencióját (tehát a mentálhigiénés beavatkozásokat), azonban módszertani eszköztára ennél jóval szélesebb (részletebben lásd Benkő, 2005).

E szemléletmódra építve, tanulmányunkban a lelki egészség veszélyeztetettségére vonatkozó kategóriarendszer bemutatására és a hódmezővásárhelyi lakosság aktuális jellemzőinek feltárására vállalkozunk. A lakos-

ság pszichés jellemzőinek olyan mélységű feltárására törekedtünk, amely lehetővé teszi az aktuális közösség szempontjából lényeges lelki egészségfejlesztési és prevenciós beavatkozások célcsoportjainak empirikusan alátámasztható meghatározását.

1.2. A jelen vizsgálat elméleti háttere

Kutatásunk során a lelki egészség fogalmának meghatározásakor a WHO megközelítéséből indultunk ki. Az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazása szerint a lelki egészség nem pusztán a mentális és pszichés zavarok hiányát jelenti, hanem a szubjektív jóllét olyan állapotának tekinthető, melyben minden egyén képes felismerni a benne rejlő lehetőségeket és az élet természetesnek tekinthető stresszhelyzeteivel megküzdeni, produktív és gyümölcsöző munkát végezni és tevékenyen részt venni saját közösségeinek életében (WHO, 2010a). A magyar szakirodalomban számunkra fontos kulcsfogalmakkal gazdagodva is megjelenik e meghatározás előzménye. Szakács Ferenc megfogalmazásában „... az egészséges (normális) ember az, aki önálló életvezetésre képes, aki élethelyzetéből adódó szerepeit elfogadja, képességeinek megfelelő munkát végez, és mindeközben (tehát nem legvégül) örömszerzésre képes, életét más emberekkel együtt közösségi, társadalmi céloknak megfelelően éli” (Szakács, 1994, 29. o.).

Vizsgálatunkban azonban leginkább a pszichológiai életminőség (Kopp & Skrabski, 2009) hazai kutatása során kikristályosodott elméleti koncepció és módszertan alkalmazására törekedtünk. A pozitív pszichológia meghatározó elméleteire visszavezethető, főként Martin Seligman, Csíkszentmihályi Mihály és Ed Diener munkásságára építő pszichológiai életminőség modellje összhangba hozható azonban a WHO lelki egészség definíciójával is. Emellett ez a megközelítés jelentős empirikus megalapozottsággal is rendelkezik a magyar lelkiállapot felmérésére irányuló Hungarostudy vizsgálatok révén (Kopp & Skrabski, 2009).

A pozitív érzelmek és az értelmes élet fontosságát hangsúlyozó elméletre (Kopp & Skrabski, 2009) építve, a hódmezővásárhelyiek lelki egészségének felmérése során olyan pszichológiai életminőség-elemek vizsgálatára törekedtünk, mint a) a szubjektív pszichés jóllét, pozitív életminőség és a lelki egészségesség önminősítése; b) a lehangoltság, depresszió, negatív érzelmi állapotok; c) a reménytelenség; d) az életcél, valamint az alapvető pozitív érzések hiánya; e) a krónikus stressz állapotával együtt járó vitális kimerültség; f) a nehéz helyzetek megoldásában érzett szubjektív kompetencia és g) a mindennapos stresszhelyzetekkel való megküzdést segítő koherenciaérzet. A fenti dimenziókat elméleti (Kopp & Skrabski, 2009) és

módszertani (Kopp & Kovács, 2006) szempontból is a lelki egészség meghatározó elemeinek tekinthetjük.

A mentálhigiénés intervenciók szakmapolitikai előkészítésével kapcsolatos tapasztalataink azonban arra utaltak, hogy a pszichológiai életminőség koncepciója túl sok dimenziót alkalmaz.¹ Ez nehézséget jelent a döntéselőkészítési folyamat során, mert nem teszi lehetővé az egyértelmű és átlátható, ugyanakkor empirikusan is igazolható következtetések megfogalmazását. Másrészt, az általunk elemzett szakirodalomban sem találtunk utalást arra, hogy a pszichológiai életminőség változóiból kirajzolódó profil alkalmas-e átfogó – a pszichológiai életminőséget egészében jellemző – következtetések levonására; és ha igen, akkor miként. Ezért tartottuk szükségesnek azt, hogy a célpopulációt egyértelmű, empirikusan is jól definiálható és az intervenció szempontjából markánsan különböző csoportokra bontsuk.

Vizsgálatunk kiindulópontja az volt, hogy az egyén pszichés egészségi állapotát nagymértékben jellemzi az, hogy a mindennapok kihívásaihoz való adaptáció során milyen mértékű zavarokat, panaszokat tapasztal (vö. generalizált adaptációs szindróma – Selye, 1965; a stressz tranzakcionista megközelítése – Lazarus, 1991). Kutatócsoportunk ezért – lelki egészségfejlesztési és pszichoterápiás tapasztalatai alapján – a pszichológiai életminőség három kategóriájának empirikus meghatározására és igazolására tett kísérletet.

A mentálisan egészséges csoportba sorolható személyeket úgy jellemeztük, mint akik megfelelő énerővel, önértékeléssel rendelkeznek. Ha erősen stresszkeltség – érzelmi sérülésekkel és társas-kapcsolati konfliktusokkal terhelt – élethelyzetbe kerülnek, képesek strukturáltan reagálni és aktívan megküzdeni a kihívásokkal. Mindennapi tevékenységeik ellátásához saját erőforrásaik elegendők, de képesek a stresszhelyzetekből származó negatív érzések, feszültségek kontrollálására is. Ebben a csoportban is fordulhatnak elő adaptációs zavarok, de viszonylag ritkán és átmeneti jelleggel.

A sérülékeny csoportba sorolható személy esetében a személy aktuális stresszhelyzetekre adott válasza kevésbé aktív, és a problémák, nehéz-

¹ Hasonlóan nehéz a közösségek lelki egészségének áttekinthető jellemzése a rizikótényezők felmérésével. Az emberi életciklus kritikus periódusai, a magzatkori és a kora gyermekkori veszélyeztetettség, a családon belüli erőszak, az alacsony iskolázottság, a szegénység, a krónikus betegség és fogyatékoság, a kisebbségi csoporthoz tartozás és a magas bűnözési rátával kapcsolatos adatok jelezhetik azt, hogy az adott közösség szocioökonómiai környezete és élethelyzete milyen mértékben fenyegeti a közösség tagjainak lelki egészségét (vö. WHO 2010b, 2012). Ez a megközelítés azonban szintén sok dimenzió alkalmazását igényli. Továbbá, pusztán az objektív környezeti hatások jellemzéséből nem derül ki, hogy milyen mértékben tudtak alkalmazkodni az adott közösség tagjai a szocioökonómiai és élethelyzeti nehézségekhez.

ségek háritásával jellemezhető. Ennek háttérében leginkább önmagának vagy környezetének leértékelése (önértékelési problémák) húzódik meg. A sérülékeny személy esetében már kifejezett adaptációs zavarok tapasztalhatóak, jellemzően néhány markáns panasz vagy sok kisebb – de összességében jelentős hatással bíró – nehézség formájában. Ezért a problémákkal való szembenézéshez, a mindennapos stresszhelyzetek hatékonyabb kezeléséhez változnia kell, mégpedig úgy, hogy meglévő erőforrásai újszerű használatát kell elsajátítania.

Végül a veszélyeztetett csoportba sorolható személy már nem képes a mindennapos stresszhelyzetek, érzelmi sérülések, szociális konfliktusok, kapcsolati nehézségek hatékony kezelésére; lebénul, ha szembesül egy problémával (súlyos döntési dilemma). A meglévő, külső és belső erőforrásai nem elegendőek ahhoz, hogy meg tudjon küzdeni a mindennapi élet kihívásaival. A súlyos mértékű adaptációs zavarok gyakori, súlyos panaszok formájában jelentkeznek. Ezért mindenképpen külső segítségre szorul abban, hogy új megküzdési módokat, konfliktuskezelési eljárásokat tanuljon, és támaszt kapjon azok alkalmazásában. Mindhárom csoport esetében eltérő lelki egészségfejlesztési célok kijelölésére és eltérő módszerek alkalmazására van szükség a hatékony beavatkozás érdekében. Ezért a három csoport azonosítása, empirikus elemzése fontos lépését jelenti a közösségi szintű egészségfejlesztési beavatkozások előkészítésének.

1.3. A jelen vizsgálat hipotézisei

Tanulmányunkban egy közepes méretű magyar városban – Hódmezővásárhelyen – lezajlott állapotfeltáró vizsgálat eredményein keresztül mutatjuk be a fenti kategóriák alkalmazhatóságát. Két fő kutatási kérdésre fókuszálunk. Az első kutatási kérdésünk a mentális egészség vonatkozásában kialakított kategóriák adekvátságára irányult, vagyis arra, hogy a mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett kategóriákba sorolható egyének pszichológiai életminőségében megvan-e a feltételezett markáns különbség. E kutatási kérdéssel kapcsolatban az alábbi hipotéziseket fogalmaztuk meg.

1. hipotézis: a pszichológiai életminőség általunk vizsgált mutatóiban – szubjektív jóllét, depresszió, általános unalom, kompetencia- és koherenciaérzés – a hódmezővásárhelyi lakosság nem tér el szignifikánsan az országos vizsgálatok reprezentatív eredményeitől.
2. hipotézis: a mentális szempontból egészségesnek, sérülékenynek és veszélyeztetettnek tekintett csoportok között a pszichológiai életminőség indikátoraiban szignifikáns eltérések mutathatóak ki.

A második kutatási kérdésünk arra irányult, hogy a fenti kategóriák alkalmazásával a hódmezővásárhelyi lakosság esetében milyen beavatkozási pontok, igények azonosíthatóak. Véleményünk szerint, a közösségi lelki egészségfejlesztő intervenciók sikeréhez fontos, hogy városi szinten is könnyen kezelhető szociodemográfiai tényezők alapján (nem, életkor és iskolai végzettség), empirikusan igazolható módon olyan célcsoportok azonosítását tegyük lehetővé, amelyek kiemelt figyelmet igényelnek. A 3. hipotézisünk szerint a szociodemográfiai tényezők (nem, életkor, iskolázottság) szerinti bontásban azonosíthatóak olyan célcsoportok, ahol a veszélyeztetettek aránya nagyobb más szociodemográfiai csoportokhoz képest.

2. Módszer

2.1. A vizsgálat lefolytatása és a minta jellemzői

A 2011. áprilistól októberig zajló vizsgálatban két hódmezővásárhelyi intézmény vett részt: a Hódmezővásárhelyi Integrált Szakképző Központ Szakiskola és Szakközépiskola Kalmár Zsigmond Tagintézménye (továbbiakban Iskola) és az Erzsébet Kórház-rendelőintézet (továbbiakban Kórház). A fenti két intézmény reprezentálja – az önkormányzati döntéshozók megítélése alapján – a város szociodemográfiai összetételét. A Kórház minden dolgozója (szakdolgozó, ügyviteli, kisegítő) és teljes klientúrája, valamint a betegeket kísérő látogatók, hozzátartozók, az Iskola minden dolgozója (oktató és nem oktató személyzet), a szülők és a felnőttképzésben részt vevő tanulók képezték az elsődleges vizsgálati keretet.

A vizsgálati minta kialakítása során a hódmezővásárhelyi lakosság teljes szociodemográfiai vertikumának feltérképezését kíséreltük meg; hiszen mind az egészségügyi, mind az oktatási személyzet iskolai végzettsége magas (közép- és felsőfokú), a klientúra és a klientúrához kapcsolódók (kísérők, látogatók, szülők, felnőtt tanulók) körében pedig jelentős arányban találoztunk alacsony státuszú válaszadókkal.

A Kórház és az Iskola dolgozóinak körében teljes körű lekérdezés, a tanulók, járó- és fekvőbetegek, valamint látogatók esetében véletlen mintavételezés történt. A mintavételi keret a későbbiekben kiegészült a Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzata Polgármesteri Hivatalának kliensköréből vett véletlen mintával. A kérdezőbiztosok segítségével lezajlott 2377 lekérdezés rögzített adatai jutottak el a kutatócsoportokhoz; ebből a kiskorúak (32 fő), a nem vásárhelyi lakosok (493 fő) és a nem értékelhető kérdőívek (13 db) kizárásával 1839 fő adataival dolgoztunk.

A válaszadók 35%-a férfi és 65%-a nő. A megkérdezettek életkora 18 és 94 év között alakult, az átlagéletkor $42,56 \pm 15,40$ év. A Hungarostudy vizsgálatok korosztályi besorolása alapján, a 18–44 éves korcsoportba a minta 57,5%-a sorolható, 31,2% tartozik a 45–64 éves korosztályba, a 65 év felettiiek aránya pedig 10% (nem válaszolt 1,3%). A legmagasabb iskolai végzettség alapján a minta megoszlása a következőképpen alakult: a kevesebb mint 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 2,1%; 8 általánost végzett 13,4%; szakmunkás-bizonyítvánnyal a minta 26,5%-a rendelkezik; az érettségizettek aránya 38,3%; felsőfokú végzettséggel pedig a válaszadók 19,2%-a rendelkezik (nem válaszolt 0,5%). A minta 58,9%-a aktív kereső, míg 40,4%-a nem dolgozik vagy egyéb megélhetési forrásból él (nyugdíj, anyasághoz kapcsolódó ellátások, segély stb.); 0,7% nem válaszolt.

2.2. Az alkalmazott mérőeszközök bemutatása

A tanulmányunk első fejezetében kifejtett szakmapolitikai indokok alapján, kutatócsoportunk – lelki egészségfejlesztő beavatkozások előkészítése érdekében – három csoportba sorolta a vásárhelyi minta válaszadóit. A „lelkileg egészséges”, „sérülékeny” és „veszélyeztetett” csoportok azonosítására, a már alkalmazott tünet- és panaszlisták áttekintésével – Hamilton Szorongás Skála és Beck Szorongás Leltár (Perczel Forintos, Kiss, & Ajtay, 2012) és ELEF 2009 (KSH, 2011) – egy új, Mentális Állapotfeltáró Kérdőív (MÁK) nevű eszköz került kidolgozásra (lásd Függelék). Az új mérőeszköz kialakítását az indokolta, hogy a testi és a pszichés panaszokat egyaránt magában foglaló, részletes listáról nem volt tudomásunk a szakirodalomban. A kérdőív validitását hipotéziseink vizsgálata során elemeztük (3.2. alfejezet). A válaszadók az egyes panaszok esetében háromfokú skálán, az „egyáltalán nem”, „ritkán” és „gyakran” opciók közül választhattak. A válaszadók besorolása a panaszok gyakoriságára építő, egyszerű eljárás alkalmazásával történt. A *mentálisan egészséges kategóriába* részben olyan válaszadókat soroltunk, akik egy tünet esetében sem jelezték, hogy az előfordult volna náluk, de azok is e kategóriába kerültek, akik legfeljebb hat panasz esetében jelezték, hogy az ritkán, de előfordul esetükben. A *sérülékeny kategóriába* tartoztak egyrészt azok, akik 7 vagy annál több panaszt, tünetet jelöltek ritkán előfordulónak, de azokat is ide soroltuk, akik legfeljebb három panasz esetében jelezték, hogy az adott tünet esetükben gyakran fordul elő (a többi panasz gyakoriságától függetlenül). A *veszélyeztetett kategóriába* pedig azokat a válaszadókat soroltuk, akik 4 vagy annál több tünetet jelöltek gyakorinak (szintén a többi panasz gyakoriságától függetlenül).

A WHO Jól-lét Kérdőív a lelki egészségesség önminősítésére alkalmas; elsősorban a szubjektív pszichés jóllét és pozitív életminőség indikátoraira fókuszál (Rózsa, Réthelyi, Stauder, Susánszky, & Mészáros, 2003). Rózsa és munkatársai 6-fokú skálát használnak (terjedelme 0–5), és vizsgálatunkban is e hatfokú skála került eredetileg felvételre. Az országos reprezentatív kutatásokkal való összevethetőség érdekében azonban a skálát transzformáltuk,² adatainkat tehát a négyfokú skála paramétereinek megfelelően tesszük közzé. Így a WHO Jól-lét Index maximum értéke 15, országos átlaga pedig $9,63 \pm 3,35^3$ (módszertani háttérét lásd Susánszky & Székely, 2013).

A Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített (9-itemes) változatának kialakítása a depressziós tünetegyüttes jellegzetes összetevői mentén történt. Kopp és Fóris (1995) elemzése alapján főként a szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, örömképesség hiánya és az önvádolás indikátorainak megragadására alkalmas a mérőeszköz. A nyerspontszámok teljes BDI-vel való összevethetőség céljából való átkonvertálása után⁴ a rövidített kérdőív alapját képező depresszióskála határértékei alkalmazhatóak, vagyis 0–9 pont nem depressziós, 10–18 pont enyhe depresszió, 19–25 pont közép súlyos depresszió, 25 pont felett súlyos depresszió. A klinikai depresszió határértéke: 19 pont (Kopp és Fóris, 1995). A rövidített kérdőív országos reprezentatív mintán mért átlaga $7,68 \pm 11,19$ (módszertani háttérét lásd Susánszky & Székely, 2013).

Az „Általában unatkozom” állítással a pszichológiai életminőség szempontjából alapvető pozitív érzelmek hiányát mértük. Az unalom megjelenése a vitalitásszint csökkenésének, a célorientált viselkedés gyengülésének jó

² A transzformálás során alkalmazott algoritmus a hatfokú skála értékeiről a négyfokú skála értékeire:

Hatfokú skála	Négyfokú skála
0 – soha	0 – egyáltalán nem jellemző
1 – néha	1 – alig jellemző
2 – az időnek kevesebb mint felében	
3 – az időnek több mint felében	2 – jellemző
4 – az idő legnagyobb részében	
5 – mindig	3 – teljesen jellemző

Az átkódolt változat pszichometriai elemzését ismerteti Susánszky, Konkoly Thege, Stauder és Kopp, 2006.

³ Az adatokat a Hungarostudy 2013 kutatócsoport vezetőjének engedélyével közöljük.

⁴ A Hungarostudy adataival való összevethetőség érdekében a konvertálás során a 9 item számtani átlagát hússzal szoroztuk fel (vö. Perczel Forintos és mtsai, 2012).

indikátora lehet (Kopp & Kovács, 2006). Vizsgálatunkban, a Hungarostudy 2013 kódolási rendszerének megfelelően, 1-től 4-ig terjedő skálát alkalmaztunk. A skála országos átlaga a legutóbbi reprezentatív felmérésben $1,44 \pm 0,74$ (módszertani háttérét lásd Susánszky & Székely, 2013).

Az Általános Énhatékonyság Skála (Kopp, Schwarzer, & Jerusalem, 1993; Schwarzer, 1993) annak a beállítottságnak a mérésére alkalmas, hogy általában mennyire érezzük képesnek magunkat nehéz helyzetek megoldására. Az önbizalom, a kompetens helyzetkezelés érzete a sikertelenség esetén csökken, ami súlyos frusztrációk forrása lehet (Kopp & Kovács, 2006). A 0-tól 3-ig terjedő kódolású, négy állítást tartalmazó skála országos átlaga $8,99 \pm 2,48$ (módszertani háttérét lásd Susánszky & Székely, 2013).

Az itt alkalmazott Élet Értelmessége Alskála (BSCI-LM; Konkolý Thege, Martos, Skrabski, & Kopp, 2008) a Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívől (BSCI) származik (Rahe & Tolles, 2002). A BSCI a mindennapos stresszhatások és a megküzdési kapacitások átfogó vizsgálatát teszi lehetővé, az élet értelmességét mérő alskála pedig a megküzdési kapacitások egyikeként konceptualizálódik itt. A hét állítást tartalmazó, háromfokozatú skála országos átlaga: $9,25 \pm 2,79$ (módszertani háttérét lásd Susánszky & Székely, 2013).

2.3. Statisztikai módszerek

Az első hipotézis esetében a pszichológiai életminőség mérésére használt skálák, kérdőívek megbízhatóságát a vizsgálati mintánkból származó adatokon a Cronbach-alfa meghatározásával elemeztük, majd átlagot és szórást számoltunk és eredményeinket egymintás *t*-próba segítségével országos reprezentatív vizsgálatok eredményével vetettük össze, a szignifikáns eltérés mértékének jellemzésére a Cohen-féle *d* hatásméret-mutatót alkalmaztuk. A második hipotézis vizsgálata során a lelki egészség szempontjából kialakítható három csoport (lelkileg egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett) pszichológiai életminőség-mutatóit egyszempontos varianciaanalízis alkalmazásával elemeztük. A Levene-próba eredményének megfelelően, szóráshomogenitás esetében az LSD, a szóráshomogenitás hiánya esetében pedig a Dunett-féle T3 post hoc elemzést alkalmaztuk.

A lelki egészség kategóriáinak diszkrimináló erejét is vizsgáltuk a pszichológiai életminőség változói szempontjából. A közvetlen módszerű diszkriminancia-analízis során elemeztük a diszkriminancia-függvények kanonikus korrelációját, és lineáris becslő modellek alkalmazásával ellenőriztük együttes találati arányukat. A függvények struktúramátrixa segítségével a pszichológiai életminőség egyes változóinak relatív fontosságát

vizsgáltuk, majd a csoportcentroidok megállapításával jellemeztük tovább a lelki egészség kategóriáit.

A harmadik hipotézis esetében a szociodemográfiai kategóriák mentén kialakított csoportokban a lelki egészség kategóriáinak százalékos megoszlását elemeztük. A kérdőívvel gyűjtött adatok statisztikai feldolgozása és elemzése az SPSS 15-ös programcsomag (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) felhasználásával történt.

3. Eredmények

3.1. A pszichológiai életminőség alakulása a hódmezővásárhelyi mintában

Az 1. hipotézis elemzése céljából adataink feldolgozását a pszichológiai életminőség általunk vizsgált indikátorainak leíró statisztikai elemzésével és a Hungarostudy 2013 (HS 2013) országos adataival (Susánszky & Székely, 2013) való összevetésével kezdtük (1. táblázat). A táblázat adataiból kitűnik, hogy a vizsgálatban alkalmazott skálák megbízhatósága elfogadható vagy jó. Kijelenthető továbbá, hogy a hódmezővásárhelyi vizsgálatban felhasznált pszichológiai indikátorok átlaga szignifikánsan ($p < 0,001$) eltér az országos referenciaadatoktól. A WHO Jól-lét Index, a Beck Depresszió Kérdőív, az Általános Énhatékonyság Skála és az Élet Értelmessége Alskála

1. táblázat. A pszichológiai életminőség-mutatók leíró statisztikai jellemzése és összevetése az országos adatokkal

Változó neve	Hódmezővásárhelyi vizsgálat				HS 2013	Átlagok eltérése	Egymintás t-próba
	N	Átlag	Szórás	Cronbach- alfa			
WHO Jól-lét Kérdőív	1760	6,84	3,12	0,87	9,63	-2,79	$t = -37,5$; $p < 0,001$; $d = 0,89$
Beck Depresszió Kérdőív	1762	10,30	11,00	0,87	7,68	2,62	$t = 10,0$; $p < 0,001$; $d = 0,24$
Általános unalom	1818	1,30	0,61	-	1,44	-0,14	$t = -9,57$; $p < 0,001$; $d = 0,23$
Általános Énhatékonyság Skála	1793	8,14	3,12	0,86	8,99	-0,85	$t = -11,5$; $p < 0,001$; $d = 0,27$
Élet Értelmessége Alskála	1719	8,36	2,71	0,65	9,25	-0,89	$t = -13,6$; $p < 0,001$; $d = 0,33$

esetében az eredmények egyértelműen kedvezőtlenebbek a hódmezővásárhelyi mintában. Egyedül az Általános Unalom Skála kapcsán mutatható ki az országos átlagnál szignifikánsan ($p < 0,001$) kedvezőbb eredmény. A WHO Jól-lét Kérdőív esetében, ahogy azt a Cohen-d magas értéke is jelzi, a szignifikáns eltérés jelentős mértékű. Megállapítható tehát, hogy 1. hipotézisünk nem tartható, a vásárhelyi lakosság lelki egészsége, pszichológiai életminősége jelentősen eltér az országos adatoktól.

3.2. A lelkileg egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett csoportok kialakításának relevanciája

A Mentális Állapotfeltáró Kérdőív kategóriáin alapuló csoportosítás mutatói a 2. táblázatban közölt eredményekkel jellemezhetőek. Második hipotézisünknek megfelelően, a pozitív értelmezési tartományú skálák (WHO Jól-lét Kérdőív, Általános Énhatékonyság Skála és Élet Értelmessége Alskála) esetében monoton csökkenő, a negatív értelmezési tartományú mérőeszközök esetében (Beck Depresszió Kérdőív, általános unalom) pedig monoton növekvő átlagokat kaptunk a lelki egészség kategóriái szerinti bontásban.

2. táblázat. A pszichológiai életminőség indikátorainak átlaga és szórása a lelki egészség kategóriái szerinti bontásban

	A lelki egészség kategóriái								
	Mentálisan egészséges csoport			Sérülékeny csoport			Veszélyeztetett csoport		
	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás	N	Átlag	Szórás
WHO Jól-lét Kérdőív	694	8,36	2,64	637	6,64	2,76	291	4,23	2,6
Beck Depresszió Kérdőív	698	3,88	4,94	636	10,07	8,16	287	23,69	12,29
Általános unalom	710	1,19	0,47	650	1,33	0,61	298	1,51	0,81
Általános Énhatékonyság Skála	702	9,2	2,76	647	8,04	2,83	292	6,41	3,25
Élet Értelmessége Alskála	675	9,06	2,53	630	8,22	2,63	283	7,27	2,55

Az egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) szóráshomogenitásra vonatkozó előfeltétele (Levene-próba) két mérőeszköz esetében [WHO Jól-lét Kérdőív ($p = 0,075$), Élet Értelmessége Alskála ($p = 0,908$)] esetében

teljesült⁵. Az ANOVA minden mutató esetében szignifikáns ($p < 0,001$) eltérést jelez a három csoport átlaga közt, a rizikócsoportok átlagának páros összevetésére irányuló post hoc elemzések szintén szignifikáns ($p < 0,001$) eltérést jeleznek minden esetben.

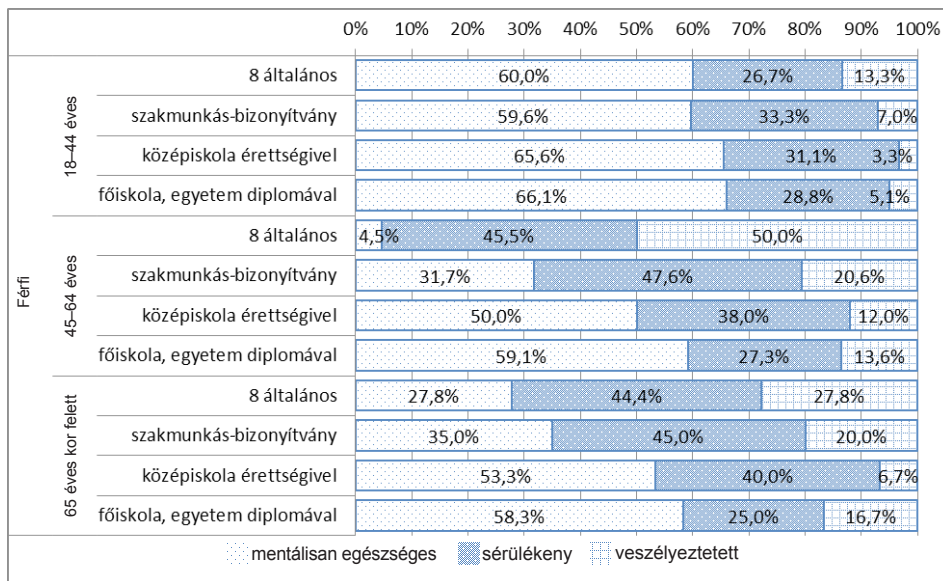
A mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett csoportokra, a pszichológiai életminőség vizsgált változóinak tekintetében diszkriminancia-analízist is végeztünk, melynek eredményeként két függvényt lehetett azonosítani. Az első diszkriminancia-függvény szignifikáns ($p < 0,001$), közepes mértékű kanonikus korrelációt ($r = 0,684$), míg a második szignifikáns ($p = 0,001$), de gyenge kanonikus korrelációt ($r = 0,108$) jelez. A diszkriminancia-függvények ellenőrzése során, a becslő lineáris modellek alapján 62,8%-os találati arányt kaptunk. A struktúramátrix alapján az első függvényben a Beck Depresszió Kérdőív (0,942) és a WHO Jól-lét Kérdőív (-0,586) bizonyult meghatározónak, a második függvényben pedig a pozitív előjelű WHO Jól-lét Kérdőív (0,707) és az Általános Énhatékonyság Skála (0,560) relatív súlya emelendő ki. A csoportcentroidok tekintetében a mentálisan egészséges csoport az első függvény negatív pólusánál (-0,816) és a második függvény középértékéhez közel, de a pozitív értelmezési tartományban (0,084) pozicionálható. A sérülékeny csoport centroidjai mindkét függvény esetében a középértékhez közel (0,057; -0,133) találhatóak, de a második függvény esetében a negatív tartományban. A veszélyeztetett csoportnál pedig egyértelműen az első függvény pozitív értelmezési tartományában (1,842), de a második függvény középértékéhez közel, a pozitív értelmezési tartományban (0,100) lehetett a centroidokat elhelyezni.

Következésképpen, második hipotézisünknek megfelelően, a vizsgálatunkban alkalmazott három – mentálisan egészséges, sérülékeny és veszélyeztetett – kategória alapján a pszichológiai életminőség mutatói szignifikáns különbségeket jeleznek, a veszélyeztetettség növekedésével következetesen kedvezőtlenebb eltéréseket mutatnak. A Mentális Állapot-feltáró Kérdőív alapján kialakított lelkiegészség-kategóriák tehát alkalmasnak bizonyultak a pszichológiai életminőség-mutatók tendenciáinak leképezésére.

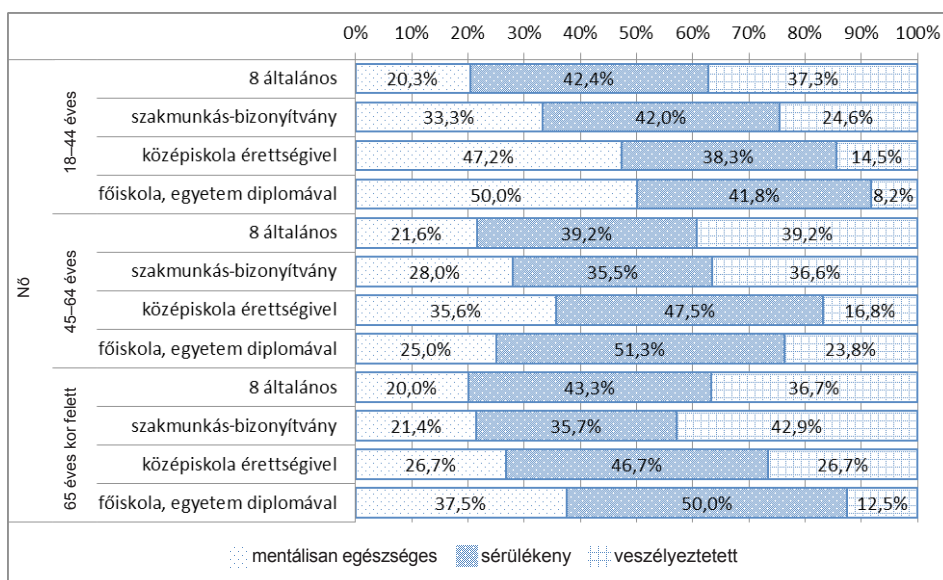
⁵ Tekintve az ANOVA eljárás statisztikai robusztusságát, az egyszempontos varianciaanalízis eredménye e változók esetében is értelmezhető.

3.3. A rizikócsoportok szociodemográfiai szempontok szerinti elemzése

A megkérdezettek 38,7%-a volt a mentálisan egészséges, 35,3%-a sérülékeny és 16,3%-a pedig a veszélyeztetett kategóriába sorolható. A válaszadók 9,6%-a esetében, a hiányosan kitöltött mérőeszköz következtében, nem volt elvégezhető a fenti besorolás. *Nemi bontásban*, a férfiak 53,7%-a a mentálisan egészséges, 34,8%-a a sérülékeny, 11,6%-a pedig a veszélyeztetett csoportba volt besorolható. A nők esetében a mentálisan egészségesek aránya csupán 37,0%-nak bizonyult, 41,4% került a sérülékeny és 21,6% pedig a veszélyeztetett kategóriába. *Életkori bontásban*, mentálisan egészséges a 18–44 éves korosztály fele (49,7%), valamint a 45–64 évesek és a 65 év feletti korosztály harmada (31,8% és 31,6%). A sérülékeny csoportba került a 18–44 éves megkérdezettek harmada (37%), valamint a 45–64 éves korosztály és a 65 év feletti válaszadók közel fele (42,7% és 42,6%). Veszélyeztetett a 18–44 éves korosztály bő tizede (13,3%) és a 45 év feletti két korosztályi csoport egynegyede (25,5% és 25,8%). A fenti adatokat jelentősen árnyalja, ha mindhárom szociodemográfiai szempont együttes felhasználásával elemezzük az adatokat (1. ábra).



1. ábra. A lelki egészséget leíró csoportok megoszlása a férfiak életkora és iskolai végzettsége szerinti bontásban



2. ábra. A lelki egészséget leíró csoportok megoszlása a nők életkora és iskolai végzettsége szerinti bontásban

A teljes minta adataihoz hasonlóan, a férfiak esetében az életkorral tendenciaszerűen romló eredményeket kapunk, melyet a magasabb iskolai végzettség többé-kevésbé képes ellensúlyozni. Az adatok a 45–64 éves, 8 általánost végzett férfiak körében a legdrámaiabbak. Ebben a csoportban a megkérdezettek mindössze 4,5%-a sorolható a „mentálisan egészséges” kategóriába, 45,5%-uk a sérülékeny csoportba, 50,0%-uk pedig a veszélyeztetett csoportba tartozik. A nők esetében viszont az állapítható meg, hogy nem minden esetben érvényesült a magasabb iskolai végzettség ellensúlyozó hatása (2. ábra).

A 45–64 éves korosztályba tartozó, diplomás nők esetében a mentálisan egészséges kategóriába tartozók aránya 25%, ami kiugróan alacsony érték az azonos korosztályba tartozó, alacsonyabb végzettségű nők csoportjaihoz viszonyítva (az azonos korú diplomás férfiak körében ez az arány 59,1%). A 45–64 éves korosztályba tartozó, diplomás nők fele (51,3%) a sérülékeny csoportba, negyede (23,8%) pedig a veszélyeztetett csoportba tartozik. Összehasonlításképpen, az ilyen korú érettségizett nők körében a mentálisan egészségesek aránya 35,6%, a sérülékeny csoportba tartozók aránya 47,5%, míg a veszélyeztetettek aránya 16,8%. Beleillik a teljes populációnál megfigyelt tendenciákba, de mindenképpen figyelmet érdemel a 18–44 éves korosztályba tartozó, 8 általánost végzett nők helyzete. Már az is elgondolkodtató, hogy adataik gyakorlatilag megegyeznek a 66 év

feletti, általános iskolai végzettségű nők adataival. Tehát, a 18–44 éves nők körében a mentálisan egészséges kategóriába csak a válaszadók 20,3%-a tartozott, ezzel szemben a sérülékeny csoportba 42,4%, a veszélyeztetett csoportba pedig 37,3% volt besorolható. A harmadik hipotézissel összhangban, a Mentális Állapotfeltáró Kérdőív révén kialakított kategóriák tájékozódási pontot jelenthetnek egyes szociodemográfiai csoportok lelki egészség szerinti jellemzéséhez is.

4. Megbeszélés

A hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés eredményei alátámasztják, hogy a pszichológiai életminőségre vonatkozóan a Mentális Állapotfeltáró Kérdőív (MÁK) alkalmas lehet a mentális egészség, sérülékenységi és veszélyeztetettség állapotainak költséghatékony azonosítására. Segíti egy közösség lelki egészségének tájékozódó jellegű, gyors felmérését, így alapját képezheti egy egyszerű mentálhigiénés szűrési protokoll kialakításának. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a fenti állapotfeltáró kérdőíven alapuló kategorizáció nem helyettesítheti a lelki egészség–betegség határán szükséges pszichiátriai diagnózist. Továbbá nem alkalmas a kóros lelki folyamatok szofisztikált feltárására kidolgozott pszichodiagnosztikai mérőeszközök, eljárások kiváltására sem. Mérőeszközünk érvényességét jelentősen korlátozza, hogy önértékelésen alapul, melynek adekvátsága – különösen bizonyos pszichiátriai körképek esetében – sérülhet. Kijelenthetjük azonban a pszichológiai életminőség szerinti elemzés alapján, hogy a népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű depresszió jelzésére az állapotfeltáró kérdőív alkalmas. Az, hogy a panaszlista más kóros lelki folyamatok azonosítására mennyire alkalmas, további vizsgálatokat igényel.

A lelki egészségfejlesztés szempontjából a három kategória eltérő módszertani eszköztár alkalmazásának igényét veti fel. A veszélyeztetettség hátterében meghúzódó esetleges pszichopatológiai folyamatok szűrése és diagnosztikája mindenképpen szakellátási feladatkör. Kiemelten fontosnak tartjuk a sérülékeny csoport azonosítását is, mert esetükben lehet a közösségi szintű lelki egészségfejlesztés preventív módszertanát a leghatékonyabban alkalmazni. Valószínűsíthető, hogy a sérülékeny csoport esetében a társas támasz, a megküzdési módok repertoárjának bővítéséhez nyújtott közösségi támogatás és a szorongást enyhítő közösségi helyzetek megteremtése egyaránt támogathatja a nehéz élethelyzetek áthidalását és az egyéni megküzdési készségek fejlődését. A mentálisan egészséges csoport

esetében olyan módszerek alkalmazására lehet szükség, melyek segítik az egyéni erőforrások megőrzését és fejlesztését, a belső harmónia megélését. Más szempontból, a mentálisan egészséges egyének erőforrásai nemcsak önmaguk fejlesztésére biztosítanak lehetőséget, hanem arra is alkalmasak, hogy szűkebb és tágabb közösségük fejlesztésébe bekapcsolódjanak.

A fentiekből kitűnhet, hogy kutatócsoportunk számára a lelki egészség kategorizációjának valódi jelentősége abban rejlik, hogy a szakembereket és a szakmapolitikai döntéshozókat segítheti a lelki egészségfejlesztésre fordítható anyagi és humán erőforrások hatékonyabb allokálásában. Segíthet a szakellátás, a prevenció és a közösségi egészségfejlesztés kapacitásigényének meghatározásában. A sérülékenységi és a veszélyeztetettség szociodemográfiai szempontú elemzése pedig irányt mutat a városi, közösségi és munkahelyi akciók, feladatok potenciális célcsoportjainak azonosításában.

A lelki egészség kategorizációjának előnye, hogy a sérülékenység és a veszélyeztetettség okainak feltárása helyett az adott állapot megismerésére és az egyén életvezetését és környezetét befolyásoló következményeire helyezi a hangsúlyt. Ez a megközelítés komoly segítséget nyújthat a célirányos prevenció megszervezéséhez. A szűrés és a ráépülő beavatkozás révén időben feltárható a mentális állapot romlása, és megelőzhetőek az adaptációs zavarok, valamint az érzelmi sérülésekkel és társas-kapcsolati konfliktusokkal terhelt teljesítménycsökkenés is.

Irodalom

- Badura, B. (1992). Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In Paulus, P. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung: Perspektiven für die psychosoziale Praxis* (43–52). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
- Balajti, I., Vokó, Z., Ádány, R., & Kósa, K. (2007). A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(2), 147–161.
- Benkő, Zs. (2005). Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In Benkő, Zs., & Tarkó, K. (szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez* (13–29). Szeged: JGYF Kiadó
- Benkő, Zs., & Erdei, K. (2005). Az országos egészségfejlesztő mentálhigiénés felsőoktatási hálózat egy évtizedes tapasztalatai. *Egészségfejlesztés*, 46(1–2), 3–7.
- EVMSZ (2011). A WHO Egészséges Városok Programja Magyarországon. Pécs: Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége. Letöltve: 2014. 02. 17-én: http://www.hahc.hu/pageflip/a_who_egeszseges_varosok_programja_magyarorszagon.html
- HODEF (2008). *Jelentés Hódmezővásárhelyi egészségi állapotáról*. Letöltve: 2014. 02. 10-én: <http://www.evp.hu/felmeresek/hodef-2008/>

- Hurrelmann, K., & Laaser, U. (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa
- Konkolý Thege, B., Martos, T., Skrabski, Á., & Kopp, M. (2008) A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(3), 243–261.
- Kopp, M., & Fóris, N. (1995). *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Budapest: Végeken
- Kopp, M., & Kovács, M.E. (szerk., 2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2009). Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok*, 19(4), 32–53.
- Kopp, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). *Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research*. Berlin: Zentrale Universitätsdruckerei der FU Berlin
- KSH (2011). *Európai Lakossági Egészségfelmérés – Magyarország, 2009. Összefoglaló eredmények*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal Népesedési és Szociális Védelmi Statisztikai Főosztály
- KSH (2013). 2011. ÉVI NÉPSZÁMLÁLÁS. 3. Területi adatok. 3.6. Csongrád megye. Szeged: Központi Statisztikai Hivatal
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York – Oxford: Oxford University Press
- Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma (2008). Letöltve: 2014. 02. 17-én: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_hu.pdf
- Perczel Forintos, D., Kiss, Zs., & Ajtay, Gy. (szerk., 2012). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Rahe, R.H., & Tolles, R.L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9(2), 61–70.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., & Mészáros, E. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83–94.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin
- Selye, J. (1965). *Életünk és a stressz*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Susánszky, É., Konkolý Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255.
- Susánszky, É., & Székely, A. (2013). A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In Susánszky, É., & Szántó, Zs. (szerk.), *Magyar Lelkiállapot 2013* (13–21). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Szakács, F. (szerk., 1994). *Patopszichológiai vademecum*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Tarkó, K. (2013). Egészségfejlesztés továbbra is felsőfokon. In Tarkó, K., & Lippai, L. (szerk.), *„Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért.” Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára* (13–37). Szeged: SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet.
- Tarkó, K., & Lippai, L. (szerk., 2013). *„Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért.” Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára*. Szeged: SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet
- WHO (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Letöltve: 2014. 02. 19-én: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

- WHO (2010a). *Mental health: Strengthening our response. Fact sheet N°220*. Letöltve: 2014. 02. 19-én: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- WHO (2010b). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Letöltve: 2014. 02. 20-án: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/
- WHO (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Letöltve: 2014. 02. 20-án: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

Köszönetnyilvánítás

A tanulmányban közölt empirikus vizsgálat a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely Hódmezővásárhelyen lezajlott átfogó lelki egészségfejlesztési kutatásának szerves részét képezi. Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely szakmai vezetőjének – dr. Benkő Zsuzsannának – és a műhely szakmai koordinátorának – dr. Tarkó Klárának – a vizsgálatunk előkészítésében, megvalósításában és értékelésében nyújtott támogatásáért. Köszönettel tartozunk továbbá az Egészséges Vásárhely Program munkatársainak és önkénteseinek, akik a vizsgálat adatgyűjtési fázisában segítettek munkánkat. Külön szeretnénk köszönetet mondani a tanulmány első verzióját bíráló két anonim lektornak, akik értékes észrevételeikkel nagymértékben hozzájárultak ahhoz, hogy a tanulmány jelenlegi formájában elkészülhessen. Végül, szeretnénk köszönetet mondani a vizsgálatban résztvevőknek, türelmükért és őszinte válaszaikért.

Szerzői munkamegosztás

A vizsgálat előkészítésében és megvalósításában, az adatok statisztikai feldolgozásában és értelmezésében, továbbá a publikációs tartalom összeállításában és a végső szöveg megalkotásában mindkét szerző azonos mértékben vett részt.

Függelék

Mentális Állapotfeltáró Kérdőív

Kérjük, olvassa el gondosan és mérlegelje az alábbi felsorolást! Karikázza be minden sorban, hogy ebben az évben milyen gyakran tapasztalta az alábbi panaszokat! Figyeljen arra, hogy ne maradjon ki egyetlen állítás sem!

	Egyáltalán nem	Ritkán	Gyakran
1. Alvási problémák	0	1	2
2. Tartós fejfájás	0	1	2
3. Szapora vagy rendetlen szív működés	0	1	2
4. Szív táji nyomás, mellkasi fájdalom	0	1	2
5. Kifejezett ok nélküli félelem, szorongás	0	1	2
6. Hangulatváltozás, főként lehangoltság	0	1	2
7. Testsúly csökkenése	0	1	2
8. Testsúly növekedése	0	1	2
9. Tartós hasmenés, székrekedés	0	1	2
10. Gyomor fájdalom (orvosi vizsgálat negatív)	0	1	2
11. Szédülés, ájulás	0	1	2
12. Szexuális vágy csökkenése	0	1	2
13. Tartós, 1-2 hétig tartó türelmetlenség	0	1	2
14. A munkaképesség 1-2 hétig tartó csökkenése	0	1	2
15. Indokolatlan fáradtságérzés, kimerülés	0	1	2

Preparation of municipal-level health promotion programmes – lessons learnt from the analysis of a mental health survey in Hódmezővásárhely, Hungary

LIPPAI, LÁSZLÓ LAJOS – ERDEI, KATALIN

Theoretical background: The importance of community-level mental health promotion is continuously growing; therefore, the clear communication of mental health related information becomes more and more important. *Aim:* Our research group – invited by the local government of Hódmezővásárhely – volunteered to empirically reveal the data necessary to define the mental health promotion priorities. *Methods:* A survey research was conducted in the population of Hódmezővásárhely (N = 1,839), where the psychological quality of life was measured, as well as the mentally healthy, vulnerable and endangered groups were identified using the Mental State Questionnaire designed by the authors. *Results:* In the population of Hódmezővásárhely, scores on the WHO Well-being Index (6.84 ± 3.12),

the Beck Depression Inventory (10.30 ± 11.00), the General Self-efficacy Scale (8.14 ± 3.12) and the Life Meaning Subscale from the Brief Stress and Coping Inventory (BSCI-LM) (8.36 ± 2.71) proved to be significantly ($p < 0.001$) less favourable than the national average. According to the ANOVA results, scores on the WHO Well-being Index, the General Self-efficacy Scale, and the BSCI-LM decreased monotonously along the mentally healthy, vulnerable, and endangered groups. Scores on the Beck Depression Inventory and boredom showed a monotonously increasing trend along the same groups. Altogether, 38.7% of the respondents were considered as mentally healthy, 35.3% as vulnerable and 16.3% as endangered. Men aged 45–64 with primary education only proved to be in a dramatic situation (4.5% mentally healthy, 45.5% vulnerable, and 50% endangered). Women aged 18–44 with primary education only (20.3% mentally healthy, 42.4% vulnerable, 37.3% endangered), and – surprisingly – 45–64 year-old women with postsecondary education (25% mentally healthy, 51.3% vulnerable, 23.8% endangered) were also identified as a priority group for intervention. *Conclusions:* Based on the results of the Health Promoting Research Group in Szeged, the Mental State Questionnaire can be adequate to generally characterize the mental health of a target group at the community level.

Keywords: mental health promotion, Mental State Questionnaire, psychological quality of life